



wetenschappelijk bureau voor
onderzoek, expertise en advies op het
gebied van leefwijzen, verslaving en
daaraan gerelateerde
maatschappelijke ontwikkelingen

Middelengebruik en gokken onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking in de regio Rotterdam

Aard, omvang, zorgbehoeften en huidig zorgaanbod

Alice Hammink
Carola Schrijvers

Colofon

Middelengebruik en gokken onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking in de regio Rotterdam

Aard, omvang, zorgbehoeften en huidig zorgaanbod

Auteurs:

Alice Hammink, MSc

Dr. Ir. Carola Schrijvers

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Stichting de VraagBaak Rijnmond en mede gefinancierd door Pameijer.

Veel dank aan de leden van de begeleidingscommissie (zie bijlage 1), de geïnterviewde professionals en geïnterviewde mensen uit de doelgroep.

Rotterdam, oktober 2012



IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving

Heemraadssingel 194

3021 DM Rotterdam

T +31 10 425 33 66

F +31 10 276 39 88

E secretariaat@ivo.nl

W www.ivo.nl

Inhoud

1.	Inleiding	1
1.1	Achtergrond	1
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	2
1.3	Leeswijzer	3
2.	Methoden van onderzoek	4
2.1	Interviews met professionals en cliënten	4
2.2	Expertmeeting	5
3.	Resultaten	7
3.1	Schatting van de omvang van de groep met LVB en (problematisch) middelengebruik	7
3.2	Kenmerken van het middelengebruik	8
3.2.1	Kenmerken van de middelengebruikers	8
3.2.2	Type middelen en motieven voor gebruik	8
3.2.3	Mate van middelengebruik	10
3.2.4	Functie van het middelengebruik	11
3.2.5	Beschikbaarheid van middelen	12
3.2.6	Problemen als gevolg van het middelengebruik	13
3.3	Risicofactoren voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik	14
3.4	Zorgbehoeften	15
3.5	Huidige zorgaanbod en aansluiting op zorgbehoeften	17
3.5.1	MEE Rotterdam	17
3.5.2	(L)VG-zorg	18
3.5.3	Verslavingszorg	19
3.5.4	Maatschappelijke opvang	21
4.	Samenvatting en conclusie	23
	Literatuur	29
	Bijlage 1. Deelnemers begeleidingscommissie	31
	Bijlage 2. Topiclijst voor interviews met professionals	32
	Bijlage 3. Topiclijst voor de interviews met cliënten	35
	Bijlage 4. Deelnemers expertmeeting	40

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

In de algemene bevolking komt verslavingsproblematiek regelmatig voor. Tegenwoordig is er een groeiend besef dat dit ook in de groep mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) een probleem kan zijn. Uit een recente ruwe schatting van het aantal mensen met een verstandelijke beperking blijkt dat er tussen de 70.000 en 465.000 mensen in Nederland een licht verstandelijke beperking (IQ 50-70) of zwakbegaafdheid (IQ 70-85) hebben (Ras, Woittiez, Van Kempen, & Sadiraj, 2010). In dit onderzoek worden deze twee groepen gebundeld onder de noemer licht verstandelijke beperking (LVB). De mensen met LVB hebben bijkomende problematiek, een beperkt aanpassingsvermogen en hebben blijvende ondersteuning nodig.

Er komen steeds meer signalen dat alcohol- en drugsgebruik bij deze groep problematische vormen aanneemt (Mutsaers, Blekman, & Schipper, 2007).

Hoewel er aanwijzingen zijn dat het middelengebruik onder deze groep niet vaker voorkomt dan in de algemene bevolking (Dijkstra & Bransen, 2010), lijkt er wel vaker sprake te zijn van middelenmisbruik en overmatig drinken in deze groep dan in de algemene bevolking (Cocco & Harper, 2002; McGillicuddy, 2006; Mutsaers et al., 2007). Bovendien kan middelengebruik een grotere negatieve invloed hebben op jongeren en volwassenen met LVB dan op mensen zonder LVB. Zo kan het middelengebruik invloed hebben op de verstandelijke beperking, op al bestaande gedragsproblemen of op psychiatrische stoornissen en op de werkzaamheid van voorgeschreven medicatie. Ook kan het middelengebruik grote en snelle negatieve gevolgen hebben als stemmingswisselingen, agressief gedrag, criminaliteit, suïcidale gedachten en uitbuiting (McGillicuddy, 2006; Taggart, McLaughlin, Quinn, & Milligan, 2006). Het middelengebruik onder mensen met een LVB lijkt daarnaast eerder te leiden tot sociale problematiek, zoals problemen met werk of problemen in de sociale omgeving (McGillicuddy, 2006; Sturmey, Reyer, Lee, & Robek, 2003). Het gaat bovendien om een groep die moeite kan hebben om sociale relaties op te bouwen. Zij kunnen alcohol of drugs gebruiken uit een verlangen naar sociale acceptatie, om sociaal minder remmingen te hebben of om gevoelens van eenzaamheid en isolatie te compenseren (Barrett & Paschos, 2006; McGillicuddy, 2006). Uit verkennend onderzoek onder jongeren met LVB blijkt dat zij gemiddeld even oud zijn als jongeren met een normale intelligentie wanneer zij de eerste keer alcohol of drugs gebruiken (Bransen, Schipper, Mutsaers, Haverman, & Blekman, 2008).

Factoren die een verhoogd risico op problematisch middelengebruik geven, zoals gedragsproblemen, middelengebruik door familieleden en het gebruik van meerdere middelen spelen bij mensen met LVB net zo'n belangrijke rol als bij mensen met een normale intelligentie. Deze risicofactoren komen bij mensen met LVB wel vaker voor (Clerkx & Trentelman, 2007; Didden, Embregts, van der Toorn, & Laarhoven, 2009). Bovendien kunnen mensen met LVB te maken krijgen met stressvolle gebeurtenissen waar zij moeilijk mee om kunnen gaan, zij kunnen bijvoorbeeld langdurig en ernstig rouwen na het verlies van een dierbare, maar krijgen hier

zelden de juiste hulp of ondersteuning bij (Dowling, Hubert, White, & Hollins, 2006; Taggart, McLaughlin, Quinn, & McFarlane, 2007).

Jongeren en volwassenen met LVB kunnen zich in verschillende zorgsettings bevinden, onder andere in de verslavingszorg, de (L)VG-zorg, het voortgezet speciaal onderwijs, de maatschappelijke opvang, sociale werkvoorzieningen en MEE Rotterdam. In enkele van deze settings kan onderscheid gemaakt worden in ambulante en niet-ambulante zorg. Ambulante zorg is gericht op mensen met LVB die zelfstandig wonen, maar begeleiding krijgen vanuit (bijvoorbeeld) de (L)VG-zorg of de maatschappelijke opvang. Niet-ambulante zorg vindt over het algemeen plaats in 24-uursvoorzieningen, dus locaties waar 24 uur per dag zorg en begeleiding gegeven wordt aan cliënten. In zowel ambulante als niet-ambulante settings komt middelengebruik voor.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Stichting de Vraagbaak en Pameijer hebben het IVO gevraagd onderzoek uit te voeren naar het middelengebruik onder mensen met LVB in de regio Rotterdam. Dit onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste gedeelte is gericht op het in kaart brengen van middelengebruik onder jongeren en volwassenen met LVB in de regio Rotterdam. We richten ons hierbij op alcohol- en drugsgebruik en gokken en het huidige zorgaanbod en de zorgbehoeften omtrent middelengebruik en LVB. Bij het bepalen van zorgbehoefte gaan we uit van de zorgbehoefte zoals die door zorgprofessionals op groepsniveau wordt ingeschat op basis van de beschikbare gegevens over de kenmerken van de doelgroep. Daarnaast brengen we de zorgbehoefte van de doelgroep zelf in kaart. De zorgbehoefte kan ook de behoefte aan begeleiding of preventie betreffen. Onder zorgaanbod worden niet alleen complete preventie, behandel- of begeleidingsprogramma's verstaan, maar ook losse trainingen of modules die kunnen worden aangeboden aan deze doelgroep.

Het tweede gedeelte van het onderzoek omvat het evalueren van een pilotinterventie in één van de settings in Rotterdam waar mensen met LVB zich bevinden. In deze rapportage wordt verslag gedaan van het eerste deel van het onderzoek waarin de volgende onderzoeksvragen centraal stonden:

- 1) Wat is de geschatte omvang van de groep jongeren en (jong) volwassenen met problematisch middelengebruik en problemen met gokken¹ en LVB in de regio Rotterdam?
- 2) Wat zijn de kenmerken van deze groep en hun middelengebruik?
 - a) Wat zijn de kenmerken van de jongeren en volwassenen met LVB die middelen gebruiken?
 - b) Welke type middelen gebruiken zij?
 - c) Wat is de mate van gebruik (bv. binge drinken)?

¹ Hierna geldt dat wanneer in de onderzoeksvragen over middelengebruik gesproken wordt daar ook gokken mee bedoeld wordt

- d) Welke functie(s) heeft het middelengebruik in hun (sociale) leven?
 - e) Hoe beschikbaar zijn deze middelen voor hen?
 - f) Wanneer wordt middelengebruik problematisch, dat wil zeggen in die mate dat het middelengebruik het functioneren in het dagelijks leven belemmert?
- 3) Wat zijn risicofactoren (bijvoorbeeld problemen thuis, verandering van leefsituatie, bepaalde vrienden) voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik onder mensen met LVB?
 - 4) Wat zijn de zorgbehoeften van de jongeren en volwassenen met LVB die middelen gebruiken?
 - 5) Hoe zijn de ervaringen met het huidige zorgaanbod en sluit dit aan op de zorgbehoeften met betrekking tot middelengebruik van jongeren en volwassenen met LVB?

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksmethoden beschreven die gebruikt zijn om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden. Hoofdstuk 3 gaat in op de resultaten van het onderzoek, en hoofdstuk 4 bevat de samenvatting en conclusies.

2. Methoden van onderzoek

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende methoden. Allereerst zijn professionals en mensen uit de doelgroep geïnterviewd (paragraaf 2.1) en vervolgens zijn de resultaten van het onderzoek voorgelegd aan een groep van experts (paragraaf 2.2).

2.1 Interviews met professionals en cliënten

Er is gekozen om vier settings waarin mensen met LVB zich kunnen bevinden in kaart te brengen, namelijk: MEE Rotterdam, de verslavingszorg, de (L)VG-zorg en de maatschappelijke opvang. De settings sociale werkvoorziening en voortgezet speciaal onderwijs (VSO) zijn om verschillende redenen buiten het onderzoek gelaten. Allereerst blijkt uit eerder onderzoek dat de werkgevers van sociale werkvoorzieningen erg weinig zicht hebben op het middelengebruik van hun medewerkers (Dijkstra & Bransen, 2010). Daarnaast is het de verwachting dat mensen met LVB en problematisch middelengebruik al eerder zijn uitgevallen in het werkproces vanwege hun middelengebruik. De setting VSO is niet geïnccludeerd in dit onderzoek omdat er momenteel al veel onderzoeksinitiatieven zijn omtrent middelengebruik op het VSO, en vrij recent zijn er representatieve landelijke cijfers verschenen over middelengebruik onder deze doelgroep (Kepper & Monshouwer, 2011).

Verder is ervoor gekozen om niet in elke setting zowel jongeren (16 tot en met 22 jaar) als volwassenen (23 jaar en ouder) in kaart te brengen. Belangrijk criterium bij de keuze voor welke groep we in kaart zouden brengen in elke setting was hoeveel er al bekend is over de groep. Er is bijvoorbeeld vrij recent een onderzoek onder zwerfjongeren uitgevoerd in de regio Rotterdam (Barendregt, Schrijvers, Baars, & van de Mheen, 2011), daarom is er voor gekozen in de maatschappelijke opvang alleen volwassen cliënten in kaart te brengen. Om een zo breed mogelijke indruk te krijgen van het middelengebruik onder volwassenen met LVB die middelen gebruiken in de maatschappelijke opvang hebben we professionals geïnterviewd uit de nachtopvang, 24-uursopvang en uit de ambulante begeleiding.

In totaal zijn 14 professionals uit de vier verschillende settings geïnterviewd (zie bijlage 2 voor de lijst met geïnterviewde professionals). Daarnaast zijn ook enkele mensen uit de doelgroep geïnterviewd, in totaal 5 cliënten. Er zijn geen cliënten van MEE Rotterdam geïnterviewd, omdat MEE een doorverwijsfunctie heeft en we hun cliënten dus in de andere settings spreken. De verdeling van de interviews is te zien in tabel 1.

Tabel 1. Verdeling interviews over de vier settings

	Professionals (n=14)		Cliënten (n=5)	
	Jongeren	Volwassenen	Jongeren	Volwassenen
MEE Rotterdam	1	1	-	-
Verslavingszorg	1	3	1	1
(L)VG-zorg	5	-	2	-
Maatschappelijke opvang	-	3	-	1
Totaal	7	7	3	2

Voor de interviews was een lijst met onderwerpen opgesteld die als richtlijn diende tijdens het gesprek. Deze zogenaamde topiclijst was deels gebaseerd op de vragenlijst over LVB en verslaving die al eerder door het Trimbos-instituut gebruikt werd (Dijkstra & Bransen, 2010). De topiclijst voor professionals was opgedeeld in drie delen: (1) algemene gegevens van de geïnterviewde en de organisatie waar hij of zij werkzaam was, (2) middelengebruik en gokken onder LVB cliënten en (3) beleid van de instelling betreffende alcohol- of drugsgebruik of de begeleiding van cliënten met LVB en samenwerking met andere instellingen (zie bijlage 2 voor de volledige topiclijst). De topiclijst voor de interviews met cliënten bevatte enkele vragen over persoonlijke gegevens en was vervolgens toegespitst op het alcohol-, softdrugs- en harddrugsgebruik en gokken en de zorgbehoeften op het gebied van middelengebruik (zie bijlage 3 voor de volledige topiclijst).

De interviews met professionals duurden gemiddeld een uur, de interviews met mensen uit de doelgroep duurden gemiddeld drie kwartier.

2.2 Expertmeeting

Begin juli 2012 zijn tien experts (zie bijlage 4) bij elkaar gekomen om de voorlopige onderzoeksresultaten te bespreken en advies te geven over het tweede deel van het onderzoek, te weten de evaluatie van een pilot-interventie in één van de settings. De term 'interventie' kan hierbij breed worden opgevat: deze kan variëren van een voorlichtingsactiviteit over middelengebruik onder een specifieke doelgroep tot een samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties of beleid op het gebied van middelengebruik.

De vragen die centraal stonden tijdens deze expertmeeting waren:

1. Wat betekenen de onderzoeksresultaten concreet voor uw werkveld?
2. Zijn er, naast de initiatieven die door de professionals genoemd werden in de interviews, nog meer initiatieven in de regio Rotterdam op het gebied van middelengebruik onder mensen met LVB?
3. Aan welke "interventies" op het gebied van middelenmisbruik onder mensen met LVB is op dit moment de meeste behoefte?
4. Welke (bestaande) interventie zou geëvalueerd kunnen worden tijdens het tweede deel van het onderzoek? Welke organisaties zijn betrokken bij deze interventie? En waar moet het evaluatieonderzoek zich dan op richten?

Van de expertmeeting is een verslag gemaakt dat is voorgelegd aan de deelnemers. De resultaten van de expertmeeting zijn verwerkt in dit rapport.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews met professionals en mensen uit de doelgroep beschreven. Vaak wordt er bij deze beschrijving onderscheid gemaakt tussen de verstandelijk gehandicapten zorg (MEE Rotterdam en (L)VG-zorg) en overige zorgsectoren, namelijk de verslavingszorg en maatschappelijke opvang. Waar dit van toepassing is wordt in de resultaten onderscheid gemaakt tussen 'binnen de (L)VG-zorg' en 'buiten de (L)VG-zorg'. De resultaten worden hieronder per onderzoeksvraag beschreven. Allereerst wordt een schatting van de omvang van de groep met LVB en (problematisch) middelengebruik beschreven (paragraaf 3.1). Daarna wordt ingegaan op de kenmerken van de groep middelengebruikers met LVB en hun gebruik (paragraaf 3.2) en de risicofactoren die het middelengebruik kunnen verergeren (paragraaf 3.3). Tot slot worden de huidige zorgbehoeften onder mensen met LVB die middelen gebruiken beschreven (paragraaf 3.4) en wordt ingegaan op het huidige zorgaanbod en de aansluiting daarvan op de zorgbehoeften (paragraaf 3.5).

3.1 Schatting van de omvang van de groep met LVB en (problematisch) middelengebruik

Alle geïnterviewde professionals vonden het moeilijk een nauwkeurige schatting te geven van het aantal jongeren en volwassenen binnen hun instelling of organisatie met gecombineerde LVB en middelengebruik.

Het IQ van cliënten binnen de MO en verslavingszorg wordt niet standaard gemeten. Pas wanneer het vermoeden bestaat dat een cliënt een verstandelijke beperking heeft wordt een IQ-test afgenomen. Het afnemen van een IQ-test is echter soms lastig omdat cliënten zes weken nuchter moeten zijn op moment van afname. Een andere belemmering is de taalbarrière, ondanks het gebruik van non-verbale IQ testen, omdat sommige cliënten een niet-Nederlandse herkomst hebben. Eén van de professionals gaf aan dat het moeilijk is om te schatten of er daadwerkelijk sprake is van een verstandelijke beperking, omdat er vaak ook andere factoren spelen in de achtergrond van een cliënt, zoals een zwak milieu van herkomst:

'Je ziet sommige jongeren die slecht op intelligentietesten scoren, maar dat ze dan ook uit zo'n rotmilieu komen. Dat ze nooit naar school zijn gegaan, nooit wat geleerd van hun ouders, die jongeren zijn heel weinig ontwikkeld.'

De professionals buiten de VG-zorg schatten in dat tenminste driekwart van de mensen met LVB en problemen op meerdere leefgebieden in hun cliëntpopulatie alcohol of drugs gebruikt. Bij problemen op meerdere leefgebieden kan gedacht worden aan psychiatrische of lichamelijke problemen, problemen op het gebied van huisvesting, financiën of sociale situatie. Naar schatting gebruikt ongeveer één op de vijf jongeren en volwassenen met LVB in de (L)VG-zorg (inclusief MEE Rotterdam) alcohol of drugs, maar dit verschilt per organisatie en type zorg.

Het middelengebruik onder jongeren met ernstige gedragsproblemen en jongeren met problemen op meerdere leefgebieden (o.a. huisvesting en dagbesteding) werd bijvoorbeeld veel hoger ingeschat door de betrokken professionals, vier op de vijf van deze jongeren gebruikt volgens hen alcohol of drugs. Eén van de professionals die werkt met jongeren in crisissituaties zei daarover:

'Ik moet wel zeggen dat ik het zo vaak hoor en zie dat ik er niet meer van schrik. Als je een jongere hebt die dagelijks blowt, dan denk ik al snel: 'Wie van de LVG'ers doet dat nou niet?'.'

3.2 Kenmerken van het middelengebruik

3.2.1 Kenmerken van de middelengebruikers

Uit de interviews met professionals kwam naar voren dat de groep jongeren en volwassenen met LVB die middelen gebruiken wat betreft hun persoonlijke kenmerken niet lijken af te wijken van de totale groep mensen met LVB in de regio Rotterdam. Middelengebruik komt voor onder alle leeftijden, mensen van verschillende etnische herkomst en vaker onder mannen dan onder vrouwen.

Wel lijkt er onder de mensen met gecombineerde LVB en middelengebruik vaker sprake te zijn van problematiek op meerdere leefgebieden (zie ook paragraaf 3.1), waaronder problemen met huisvesting, financiën, psychiatrische problematiek of ernstige gedragsproblemen. Daarnaast hadden de professionals de indruk dat het voornamelijk de jongeren en volwassenen met een IQ tussen de 70-85 zijn die middelen gebruiken.

Tot slot hadden enkele professionals de indruk dat de mate van vrijheid samenhangt met middelengebruik, dus jongeren en volwassenen die beschermd wonen met 24-uurs begeleiding gebruiken minder vaak middelen dan jongeren en volwassenen die (begeleid) zelfstandig wonen.

3.2.2 Type middelen en motieven voor gebruik

Jongeren

Welke type middelen de mensen met LVB gebruiken verschilt per leeftijdscategorie. Alle professionals gaven aan dat jongeren en jongvolwassenen met LVB voornamelijk cannabis gebruiken. Enkele van hen gebruiken dagelijks en het merendeel gebruikt een aantal keren per week cannabis. De frequentie van het gebruik hangt vaak samen met de beschikbaarheid van financiële middelen; als de uitkering of het zakgeld binnen is, besteden ze dat meteen aan cannabis. Er is vaak sprake van een piek in het gebruik als ze de beschikking hebben over geld. De professionals hadden de indruk dat jongeren vaak beginnen met het gebruik van cannabis onder invloed van anderen, op ongeveer 14-15 jarige leeftijd. Sommige jongeren beginnen al eerder met cannabis omdat er bijvoorbeeld in hun thuissituatie veel cannabis gebruikt wordt. De professionals gaven aan dat de jongeren erg beïnvloedbaar zijn en er graag bij willen horen. Later spelen andere motieven voor gebruik een rol, zo benoemden enkele professionals dat sommige jongeren cannabis als een vorm van zelfmedicatie gebruiken. Eén van de professionals uit de (L)VG-zorg die werkte met jongeren met ernstige gedragsproblemen zei daarover:

‘Het begint met erbij horen en daarna neemt het de functie over naar bedwelmen, ontspannen, lekker chillen noemen ze dat dan. Maar meestal is het gewoon een gebrek aan mechanismen om zichzelf rustig te krijgen, dus echt zelfmedicatie.’

De professionals hadden de indruk dat de meeste jongeren ook wel alcohol drinken, maar slechts enkelen hadden een jongere met problematisch alcoholgebruik in hun cliëntpopulatie. Het alcoholgebruik beperkt zich vaak meer tot het weekend, in tegenstelling tot het blowen. De drank die het meest genuttigd wordt is bier of sterke drank zoals whisky.

Niek* (22 jaar) is een voorbeeld van een jongen die begon met blowen omdat hij mee wilde doen met de rest. Hij groeide op bij ouders die erg beschermend waren. Daardoor kwam hij tot zijn 18^e nooit in aanraking met drugs. Om uiteindelijk zelfstandig te kunnen wonen, verhuisde Niek op zijn achttiende naar een trainingshuis binnen de (L)VG-zorg. Door zijn medebewoners kwam hij in aanraking met zijn eerste joint, een bizarre en enge ervaring vond hij dat. Ondanks die ervaring bleef hij blowen. Inmiddels rookt hij minimaal 3 tot 4 joints op een dag. Niek heeft ADHD en gebruikt het blowen om rustig te worden, Ritalin gebruikt hij al een hele tijd niet meer. Soms blowt hij meer, laatst rookte hij bijvoorbeeld samen met vrienden 25 joints op één dag. Toen draaide hij om elf uur 's ochtends zijn eerste joint en ging om 7 uur de volgende ochtend pas slapen.

Naast het blowen drinkt Niek ook graag bier of whisky. Zijn eerste biertje dronk hij toen hij 16 jaar was, op een verjaardag. Hij drinkt voor de gezelligheid en dronk toen alleen op feestjes, maar sinds hij niet meer bij zijn ouders woont is hij meer gaan drinken. Doordeweeks drinkt hij voornamelijk bier en in het weekend sterke drank. Hij vertelt dat hij in het weekend soms wel extreem drinkt, dan begint hij 's ochtends al met een glas whisky en drinkt hij de hele dag door tot diep in de nacht. Een kater heeft hij niet vaak gehad, maar dat komt volgens hem doordat hij aan alcohol drinken gewend is.

* De namen in de casusbeschrijvingen zijn gefingeerd vanwege de privacy van de geïnterviewde personen

Over het gebruik van harddrugs onder jongeren met LVB waren de meningen verdeeld. Sommige professionals hadden de indruk dat de jongeren wel harddrugs gebruikten, en dan voornamelijk XTC, speed, of cocaïne. Andere professionals dachten dat de jongeren met LVB wel zeggen dat ze harddrugs gebruiken, maar ze waren er niet zeker van of dit daadwerkelijk het geval was. Eén professional zei daarover:

‘Het is meer dat jongeren het achteraf aangeven. (...) Het heeft ook te maken met onderling stoer doen, dan wordt het wel genoemd, maar dat betekent niet dat ze het echt gebruikt hebben. Dat is vaak zo bij cocaïne, heroïne, basen, dan is het onduidelijk of ze het echt gedaan hebben.’

Er lijkt bij harddrugsgebruik onder jongeren met LVB vaker sprake te zijn van incidenteel gebruik, en (bijna) nooit van structureel gebruik.

Jongeren met LVB gokken weinig volgens de professionals. Degenen die gokken spelen voornamelijk op fruitautomaten of kopen krasloten, dus spelen gokspellen waarbij binnen (zeer) korte tijd duidelijk is of je gewonnen hebt of niet. Daarnaast komt lidmaatschap van nationale loterijen incidenteel voor.

Volwassenen

Volgens de professionals gebruiken volwassenen met LVB in de regio Rotterdam voornamelijk alcohol, maar cannabis- of harddrugsgebruik komt ook wel voor. Slechts één van de professionals in de verslavingszorg kwam gebruik van opiaten of methadon tegen onder volwassenen met LVB.

Wanneer professionals harddrugsgebruik tegen kwamen onder volwassenen met LVB betrof het voornamelijk cocaïne (basecoke) en een enkele keer XTC. Eén van de professionals zei over harddrugsgebruik:

‘Harddrugsgebruik ook wel af en toe. Eigenlijk altijd wel cocaïne, basecoke, en eigenlijk nooit heroïne onder de LVB’ers. Ik heb toch het idee dat ze een pep zoeken. En dat blowen is dan meer tegen de spanningen waar ze tegen aanlopen, dat zijn vaak mensen met ADHD-achtige verschijnselen.’

Met betrekking tot gokken geldt voor volwassenen met LVB hetzelfde als voor jongeren, gokken komt incidenteel voor.

3.2.3 Mate van middelengebruik

Jongeren

Het alcoholgebruik van jongeren met LVB vindt vaak plaats in het weekend, het houdt dan ook verband met het uitgaansleven. Volgens de meeste professionals hebben jongeren met LVB dan moeite met het in bedwang houden van hun alcoholgebruik. Zij drinken niet vaak, maar wanneer ze wel alcohol gebruiken drinken ze regelmatig te veel. Enkele professionals hadden echter de indruk dat jongeren met LVB slechts af en toe alcohol drinken, en dan enkele glazen voor de gezelligheid, maar niet perse overmatig.

Alle professionals hadden jongeren in hun cliëntpopulatie die dagelijks blowen, maar zij kenden ook allemaal jongeren met LVB die minder regelmatig blowden. Hoeveel joints ze roken hangt volgens de professionals ook af van het wel of niet beschikken over geld. Een van de professionals uit de (L)VG-zorg zei daarover:

‘Als het zakgeld er is en ze hebben de mogelijkheid om boodschappen te doen, dan maken ze hun geld op aan cannabis. Ze zijn dan vooral die avond erg stoned.’

Volwassenen

De meeste volwassenen met LVB die alcohol gebruiken, doen dat dagelijks. Sommigen van hen gebruiken van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat alcohol. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat we alleen volwassenen met LVB in kaart hebben gebracht in de verslavingszorg en maatschappelijke opvang; dit is mogelijk een andere groep dan de volwassenen met LVB in de (L)VG-zorg. De volwassenen met dagbesteding drinken 's avonds en in het weekend, terwijl de volwassenen zonder dagbesteding ook overdag drinken.

Eén van de professionals in de maatschappelijk opvang gaf aan verschillende wijzen van alcoholgebruik tegen te komen:

'Zowel overmatig gebruik als gebruik over de hele dag, ze krijgen het aangeboden. Ze willen er bij horen. In de trant van 'Ik ben een volwassen vent, ik moet toch een biertje kunnen drinken'. Vaak beginnen ze als ze samen met anderen zijn, en vervolgens zitten ze er zo aan vast dat ze niet meer zonder kunnen.'

Het blowen kan onder volwassenen variëren van onregelmatig tot dagelijks gebruik, net als het harddruggebruik.

3.2.4 Functie van het middelengebruik

Jongeren

Het middelengebruik kan verschillende functies hebben in het (sociale) leven van mensen met LVB. Jongeren beginnen vaak met middelengebruik omdat zij stoer willen doen of erbij willen horen. Ze kunnen alcohol ook gebruiken omdat het een sociaal ontremmende werking heeft. De professionals hadden de indruk dat jongeren cannabis gebruikten als een vorm van zelfmedicatie, bijvoorbeeld om onrust in hun hoofd te onderdrukken, of om negatieve ervaringen, schulden en andere zorgen te vergeten. Volgens enkele professionals gebruiken jongeren met LVB ook cannabis omdat zij anders niet goed in slaap kunnen komen.

De functie van harddruggebruik als xtc of speed is meestal het meedoen met anderen of spanning zoeken.

Volwassenen

Ook voor volwassenen geldt dat zij vaak beginnen met middelengebruik omdat zij willen mee doen met anderen. Daarnaast gebruiken zij alcohol om angsten en stemmingen te onderdrukken, of als een verdovend middel om de teleurstellingen in hun leven te vergeten. Een van de professionals zei over de functie van alcoholgebruik:

'Toch een zekere mate van verdoving, dat ze het leven zelf niet goed aankunnen. Vaak hebben ze veel mislukkingen in hun leven meegemaakt, en overheerst het gevoel van 'het is allemaal niet gelukt'.'

Alle professionals geven aan dat het voor jongeren en volwassenen met LVB heel moeilijk is om, bij problematisch middelengebruik, weer uit die vicieuze cirkel te stappen. Het middelengebruik wordt op den duur dus ook een gewoonte en er treedt afhankelijkheid op.

Joris, 19 jaar, woont sinds zijn 15e niet meer thuis, en sinds 11 maanden woont hij in een kamertrainingshuis van de (L)VG-zorg. Daar krijgt hij begeleiding om uiteindelijk zelfstandig te kunnen wonen. Joris drinkt alleen op feestjes en verjaardagen, vaak zo'n 4 tot 5 glazen per gelegenheid. Zijn vader is alcoholverslaafd, dus hij wil niet te veel drinken. Iedere dag rookt Joris 2 jointjes, in het gangetje achter het huis. Vaak samen met anderen, soms alleen. Als hij uit zijn werk komt draait hij de eerste en de tweede rookt hij voor het slapen gaan. Joris begon met blowen toen hij elf was, vlak nadat zijn moeder overleed. Zijn broer had wiet gekocht en hij wilde het wel eens uitproberen. Pas een jaar later besepte hij dat hij vooral was begonnen met blowen om zijn verdriet even te vergeten. Binnenkort verwachten Joris en zijn vriendin een kindje, dan wil hij echt stoppen met het blowen. Hij heeft eerder al eens hulp gehad om er mee te stoppen, maar dat was niks voor hem. 'Je voelt je echt opgesloten daar, ik wil niet meer naar dat huis en die gesprekken wil ik ook niet meer'. Hij gelooft er in dat als hij het echt wil, dat het hem zal lukken zelf te stoppen. Joris heeft ook wel harddrugs gebruikt, vanaf zijn vijftiende gebruikte af en toe hij speed, xtc, cocaïne en MDMA, vaak in combinatie met elkaar. Op zijn zeventiende is hij daar zelfstandig mee gestopt.

3.2.5 Beschikbaarheid van middelen

Jongeren

De professionals gaven aan dat jongeren met LVB meer middelen gebruiken op het moment dat zij geld tot hun beschikking hebben, bijvoorbeeld doordat hun uitkering gestort is of doordat zij hun wekelijkse zakgeld ontvangen hebben. De jongeren kopen de middelen zelf of delen onderling met elkaar. In enkele gevallen is het zo dat de jongeren uit een gezinssituatie komen waarin veel middelen gebruikt worden. Doordeweeks wonen zij in een (L)VG-zorginstelling, maar in het weekend gaan ze naar huis en hebben ze 'vrije toegang' tot alcohol en cannabis.

Sommige professionals hadden de indruk dat de jongeren wel eens wat terug moeten doen voor de cannabis, bijvoorbeeld dat zij ingezet worden als drugsrunner of op een andere manier klusjes moeten opknappen voor dealers. De professionals gaven echter aan dat dit heel moeilijk te bewijzen is.

Volwassenen

De volwassenen met LVB kopen zelf hun middelen; alcohol in de supermarkt en cannabis in de coffeeshop. Harddrugs kopen ze bij een dealer. Een van de professionals uit de maatschappelijke opvang vertelde dat er regelmatig dealers gesignaleerd werden rondom de nachtopvangvoorziening. Enkele professionals hadden de indruk dat volwassenen onderling ook wel dealen in bepaalde middelen. De meeste volwassenen met LVB bevinden zich in hun thuissituatie als zij gebruiken, maar dit kan ook de straat of het park zijn. Soms gebruiken zij alleen, soms met anderen.

3.2.6 Problemen als gevolg van het middelengebruik

Jongeren

Volgens de professionals ervaren jongeren problemen op het gebied van werk en dagbesteding, doordat zij moeilijk uit hun bed kunnen komen als zij gedronken of geblowd hebben.

Het gebruik van middelen, en dan voornamelijk cannabisgebruik, heeft ook financiële gevolgen voor de jongeren met LVB. Soms belanden zij hierdoor in het criminele circuit en worden ze gebruikt om bijvoorbeeld op de uitkijk te staan bij inbraken of andere criminele activiteiten of worden zij ingezet als drugsrunners. Er kan ook op andere manieren financieel misbruik van hen worden gemaakt, bijvoorbeeld door het afsluiten van telefoonabonnementen op hun naam of door het inschrijven van nepbedrijven op hun naam bij de Kamer van Koophandel. De jongeren verwachten dan snel geld te verdienen, maar blijven achter met schulden.

Tot slot, kan het middelengebruik bepaald gedrag ook versterken. De professionals gaven aan dat het middelengebruik bepaalde (gedrags)kenmerken kan versterken die al in de mensen met LVB aanwezig zijn. Zo is het voor mensen met LVB vaak al moeilijk om op tijd op een afspraak te komen, maar door cannabisgebruik wordt dit nog moeilijker voor hen. Daarnaast kunnen sommige jongeren met LVB die van nature een opvliegend karakter hebben, agressiever reageren als zij alcohol gebruikt hebben. Of jongeren die al somber zijn kunnen zich door het blowen juist somberder gaan voelen. Eén van de professionals vertelde dat agressief gedrag juist de kop op steekt wanneer de jongeren behoefte hebben aan cannabis, maar geen geld meer hebben om het te kopen. Zij worden dan meer prikkelbaar en eerder (verbaal) agressief.

Volwassenen

De volwassenen met LVB ervaren dezelfde problematische gevolgen van het middelengebruik als de jongeren met LVB. Ook bij volwassenen kan hun werk, school of andere vorm van dagbesteding lijden onder het middelengebruik. Een van de professionals zei daarover:

‘Opvallend is dat de alcoholgebruikers toch beter in staat zijn de dagbesteding vol te houden, blowers zijn meer passief. Maar het is wel moeilijk in te schatten of dat door het blowen komt of dat ook de etnische achtergrond een rol speelt.’

Net als bij de jongeren gaven de professionals over volwassenen met LVB aan dat agressief gedrag door alcoholgebruik versterkt kan worden, en blowen kan juist passief en ‘sloom’ gedrag opwekken. Daarnaast noemden de professionals dat volwassenen met gecombineerde LVB en middelengebruik vaak minder contact hebben met hun sociale netwerk als gevolg van hun middelengebruik. Zij raken meer geïsoleerd. Ook ervaren volwassenen met LVB fysieke gevolgen van hun middelengebruik, zoals maag- of darmproblemen door alcoholgebruik.

Bram ondervond allerlei problematische gevolgen van zijn middelengebruik. Hij was jaren verslaafd aan harddrugs, zowel heroïne als cocaïne. Inmiddels is Bram 51 jaar en woont hij zelfstandig op een kamer. In zijn tienerjaren begon Bram te experimenteren met alcohol en drugs. In het kindertehuis waar hij woonde speelde ze een dartspel waarbij verschillende soorten drugs op een dartbord geplakt werden, en de drugs die het meest gegooid werd, werd die avond uitgeprobeerd. Dat was Bram's eerste kennismaking met alcohol en drugs. Bram ging meer drinken toen hij een relatie kreeg met een vrouw die ook regelmatig dronk, hij wilde toch mee doen met de gezelligheid van de hele familie die 's avonds bij elkaar zat. Op een gegeven moment dronk hij een paar flessen sterke drank per dag. Hij was toendertijd inbreker en zette kluiskraken, bovendien was hij actief in de drugshandel. Hij kreeg een ernstig ongeluk onder invloed van drank, maar had daarna toch een terugval in zwaar alcoholgebruik. Toen hij alles kwijt was begon hij cocaïne te gebruiken (basecoke) en daar is hij een hele tijd aan verslaafd geweest. Zijn lichaam had zwaar te lijden onder het drugsgebruik, hij vermagerde sterk en was regelmatig uitgedroogd. Tegenwoordig krijgt Bram wekelijks methadon aan huis en is hij afgekickt van de heroïne en cocaïne. Hij blowt nog wel, zo'n twee tot vier joints op een dag. Hij zei daarover: *'Liever rook ik dit (wiet), ik heb er geen zin in om helemaal clean rond te lopen. En ik heb ook geen zin om stoned van de benzo's te zitten'*.

De professionals maakten twee kanttekeningen bij de problemen als gevolg van middelengebruik. Allereerst gaven zij aan dat de jongeren en volwassenen met LVB de gevolgen van het middelengebruik zelf niet altijd als problematisch ervaren. En ten tweede, benadrukten zij dat de meeste problemen als gevolg van het middelengebruik voor mensen met LVB niet anders zijn dan voor mensen met een normale intelligentie. Wat wel anders is bij jongeren en volwassenen met LVB, is dat ze niet of weinig inzicht hebben in de oorzaak-gevolg relatie tussen het alcohol- en drugsgebruik en de problematische gevolgen daarvan. Dit vereist een andere benadering in de zorg en begeleiding dan bij mensen met een normale intelligentie.

3.3 Risicofactoren voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik

Jongeren

Volgens de professionals zijn risicofactoren onder jongeren met LVB die het middelengebruik kunnen verergeren: een laag zelfbeeld, een traumatische ervaring (zoals slachtoffer zijn van mishandeling), problemen in de thuissituatie (onder andere middelengebruik van ouders) en het gebrek aan toekomstperspectief. Daarnaast kunnen jongeren met LVB ook gedragsstoornissen hebben of autisme, waardoor zij meer verslavingsgevoelig zijn en een lagere impulscontrole hebben dan jongeren met een normale intelligentie. Tot slot is de vriendengroep waar jongeren met LVB mee omgaan een risicofactor voor het verergeren van middelengebruik; als er in een vriendengroep veel alcohol of drugs gebruikt wordt kan dat leiden tot een toename van het middelengebruik.

Maarten is 22 jaar op het moment dat we hem spreken in de verslavingskliniek van Bouman GGZ. Hij was 12 toen hij voor het eerst alcohol uitprobeerde. Zijn moeder gaf het aan hem, want zei ze 'als je het van mij niet krijgt, krijg je het wel van een ander'. Zij was alcoholverslaafd toen Maarten opgroeide, dus hij heeft van dichtbij meegemaakt wat de problemen als gevolg van alcoholgebruik kunnen zijn. Daarom drinkt hij tegenwoordig alleen nog op zijn verjaardag en met Oud en Nieuw. Toen hij 12 was probeerde hij ook voor de eerste keer een joint, maar sinds dat hij 15 jaar was heeft hij niet meer gebloed. Hij blowde alleen om stoer te doen.

Op zijn zestiende experimenteerde Maarten voor het eerst met XTC, samen met zijn broer en wat vrienden. Ook cocaïne probeerde hij op zijn zestiende voor het eerst uit, omdat zijn broer het bij zich had. Op een gegeven moment kwam Maarten op straat terecht en sliep hij een tijdje in de daklozenopvang. Samen met anderen uit de opvang werkte hij in een schoonmaakteam. Zijn collega's gebruiken regelmatig basecokes, en Maarten wilde het ook graag uitproberen, dus kochten ze samen cocaïne bij een dealer. Op die manier is hij ook voor de eerste keer in aanraking gekomen met heroïne. Van zijn achttiende tot zijn twintigste gebruikte hij regelmatig heroïne, maar op zijn twintigste wilde hij er mee stoppen. Hij is toen zonder hulp afgekickt, maar bleef basecokes gebruiken. Er gebeurde van alles in zijn leven, een dierbaar iemand overleed en zijn toenmalige vriendin ging vreemd. Daardoor ging hij meer basecokes gebruiken. Om er maar even niet aan te hoeven denken. Inmiddels krijgt hij hulp bij zijn drugsverslaving en is hij al elf maanden aan het wachten op een geschikt begeleid wonen project waar hij terecht kan.

Volwassenen

Ook voor volwassenen met LVB geldt dat hun sociale omgeving het middelengebruik kan verergeren. Daarnaast is een verandering in de vertrouwde omgeving van mensen met LVB een mogelijke katalysator van het middelengebruik. Als bijvoorbeeld een familielid overlijdt, of dagbesteding valt plotseling weg, dan kan het middelengebruik verergeren. Ook stresserende factoren, zoals brieven van deurwaarders of belastingdienst, kunnen leiden tot een acute toename van het middelengebruik. Eén van de professionals in de verslavingszorg gaf aan dat het weekendverlof voor haar cliënten met LVB ook een risicofactor was; zij zag vaker terugval bij mensen met LVB tijdens een dergelijk verlof dan bij mensen met een normale intelligentie.

3.4 Zorgbehoeften

Zorgbehoeften ingeschat door professionals

De meeste professionals gaven aan dat jongeren en volwassenen met gecombineerde LVB en middelengebruik zelf aangeven dat zij geen specifieke zorgbehoeften hebben. Volgens enkele professionals hebben hun cliënten met LVB vooral een behoefte om gehoord te worden. Dat ze begrepen worden, en dat iemand hen helpt bij het minderen of stoppen met middelengebruik. Eén van de professionals zei over de zorgbehoefte van jongeren met LVB:

'Dat is eigenlijk 'straf me niet'. Hanteer geen beloningssysteem, maar help me meer. Door bijvoorbeeld het gebruik te benoemen en zorgen dat ze niet te veel verleid worden door de omgeving.'

Ook gaven enkele professionals aan dat de begeleiding nu soms te ingewikkeld is, en dat cliënten met LVB behoefte hebben aan meer aansluiting bij hun belevingswereld.

Zorgbehoeften van de doelgroep zelf

Twee van de drie jongeren met LVB die we spraken wilden wel hulp bij het minderen of stoppen met hun middelengebruik. Eén van hen was al opgenomen in een verslavingskliniek en de ander zou in de komende maanden beginnen met een cursus over middelengebruik bij de verslavingszorg. Hij had al tweewekelijkse gesprekken met een preventiewerker van Youz². Hij zei over de geplande cursus:

'Ik denk niet dat het gaat helpen joh. Bij MEE heb ik van al die cursussen gevolgd, van 'nee zeggen', woedebeheersing en dat soort onzin. Ik heb niet het idee dat ik er wat aan gehad heb. Die dingen zitten gewoon tussen je oren.'

De derde jongere met LVB die we spraken gaf aan geen hulp meer te willen bij zijn middelengebruik, hij ging zelf proberen te stoppen met blowen.

Eén van de jongeren, die in behandeling was voor zijn verslaving aan basecoke, wachtte al elf maanden op een begeleid wonen voorziening waar hij zou kunnen gaan wonen:

'Bij mij is dat begeleid wonen gewoon echt het probleem. We hebben al bij een heleboel voorzieningen aangeklopt, maar voor de ene ben ik te oud, voor de andere heb ik te zwaar gebruik, ik kan gewoon helemaal nergens terecht.'

De volwassenen met LVB die we spraken gaven aan dat zij vooral behoefte hadden aan een eigen woning en zelfstandigheid. Eén van de volwassenen kreeg methadon en hoefde verder geen hulp bij zijn middelengebruik. De andere volwassene gaf aan geen hulp te willen bij zijn alcoholgebruik.

² Youz is het jongerenmerk van Bouman GGZ, zij geven advies en behandeling aan jongeren die hulp nodig hebben in de omgang met middelengebruik of gokken.

Frits is 40 jaar en woont momenteel bij een maatschappelijke opvang voorziening voor mensen met LVB. Hij woont daar nu vier maanden. Frits gebruikt alleen alcohol, van cannabis of harddrugs moet hij niks weten. Toen hij twaalf was proefde hij voor het eerst alcohol, hij vond het meteen lekker. Hij schat in dat hij eerder wel 75 glazen op een dag dronk, voornamelijk sterke drank, maar ook wel bier. Tegenwoordig drinkt hij 10 tot 15 glazen per dag. Vaak samen met anderen, in een café of met anderen in het parkje achter de voorziening. Daar is een gedoogzone voor alcoholgebruik in de openbare ruimte. Hij drinkt omdat hij het lekker vindt, maar ook om andere redenen waar hij liever niet over praat. Als er gezelligheid is, drinkt hij meer, bijvoorbeeld bij een potje biljarten of darten met vrienden in het café. Hij drinkt ook wel als hij alleen is. Hij heeft al regelmatig te maken gekregen met de politie doordat hij dronken over straat liep, of in de tram aan het slapen was. Frits wil geen hulp bij zijn alcoholgebruik. Veel mensen hebben aangeboden om hem te helpen, maar hij wil er niet over praten, dat is privé. *‘Ik wil het niet, ik doe toch mijn eigen ding. Ik ben eigenwijs, net zoals ik net al zei’.*

3.5 Huidige zorgaanbod en aansluiting op zorgbehoeften

Het huidige zorgaanbod en de aansluiting op zorgbehoeften op het gebied van gecombineerd middelengebruik en LVB wordt hierna per onderscheidde setting beschreven: MEE Rotterdam (paragraaf 3.5.1), (L)VG-zorg (paragraaf 3.5.2), verslavingszorg (paragraaf 3.5.3) en maatschappelijke opvang (paragraaf 3.5.4). Deze paragraaf bevat alleen bevindingen uit de interviews met professionals.

3.5.1 MEE Rotterdam

In de setting MEE Rotterdam hebben we professionals gesproken over zowel jongeren als volwassen cliënten en hun middelengebruik.

Voor MEE Rotterdam geldt dat de organisatie een doorverwijsfunctie heeft en dat medewerkers dus een relatief korte tijd met de cliënt doorbrengen. De professionals uit deze setting gaven aan dat zij geen geschreven beleid hebben op het gebied van middelengebruik. Zij hanteren wel veiligheidsprotocollen, maar deze hebben vooral betrekking op agressie en andere negatieve gedragsuitingen van cliënten. Middelengebruik is een standaardonderwerp tijdens de intake met cliënten, want MEE Rotterdam is een eerstelijns organisatie:

‘Het is wel heel belangrijk dat het middelengebruik goedesignaleerd wordt, want wij zitten in de eerste lijn. Dus het is prettig als we een beeld krijgen van wie hier binnen stapt. Kunnen we vanuit die indruk alvast een eerste inschatting maken.’

Onlangs hebben de medewerkers van MEE Rotterdam, en dan voornamelijk de medewerkers van de crisisteams, een cursus van Bouman GGZ over middelengebruik gevolgd. Na het volgen van deze cursus zijn de medewerkers zich meer bewust geworden van de noodzaak van een geschreven beleid, maar de professionals gaven aan dat hier nog geen concrete stappen in zijn gezet. Een van de professionals vond het belangrijk dat het beleid omtrent middelengebruik zich voornamelijk richt op het begrenzen van onwenselijk gedrag van mensen die onder invloed zijn. Hoewel MEE Rotterdam geen deskundigen op het gebied van middelengebruik in dienst heeft, hebben de medewerkers die veel werken met dak- en thuisloze cliënten wel veel ervaring en kennis op dit terrein. Ook is er een groep psychologen in dienst bij MEE Rotterdam die geconsulteerd kan worden over verslaving, maar verslaving is niet hun specifieke expertisegebied. De professionals hadden wel (nog) meer behoefte aan kennis en inzicht over middelengebruik.

MEE Rotterdam werkt samen met Bouman GGZ. Zij bieden bijvoorbeeld in samenwerking met Bouman GGZ cursussen voor cliënten aan. Er zijn echter weinig cliënten die gebruik maken van dit aanbod. De professionals gaven aan de meerwaarde van deze samenwerking te zien, omdat Bouman GGZ deskundig is op het gebied van middelengebruik. De professionals gaven aan de samenwerking met Bouman GGZ ook op andere terreinen als waardevol te ervaren, maar lopen soms aan tegen de grote omvang van Bouman GGZ. Op kleine schaal is de samenwerking prettig, maar het is soms moeilijk cliënten met LVB bij Bouman GGZ te plaatsen omdat LVB een contra-indicatie kan zijn. De professionals gaven dan ook aan dat er behoefte was aan woonvoorzieningen waar jongeren en volwassenen met gecombineerde LVB en middelengebruik geplaatst kunnen worden. Bij de (L)VG-zorg is het middelengebruik een contra-indicatie en bij de verslavingszorg is de LVB een contra-indicatie. Er moet volgens hen meer samengewerkt worden tussen deze twee typen zorg.

3.5.2 (L)VG-zorg

In de setting (L)VG-zorg is alleen het middelengebruik onder jongeren met LVB in kaart gebracht. Middelengebruik komt steeds meer onder de aandacht binnen (L)VG-zorginstellingen. Echter, lang niet alle instellingen binnen de (L)VG-zorg hebben geschreven beleid op het gebied van alcohol- en drugsbeleid. Er is wel een duidelijke trend zichtbaar van het verbieden van middelengebruik naar het meer begeleiden er van. Bij de meeste 24-uursvoorzieningen voor jongeren met LVB mag binnen niet gebruikt worden, met uitzondering van een enkele voorziening. Daar mag wel alcohol gebruikt worden, maar mag geen cannabis of harddrugs binnen gebruikt worden. Alle professionals in de (L)VG-zorg gaven aan dat er behoefte is aan meer deskundigheid en training op het gebied van middelengebruik. Enkele professionals hadden eerder een cursus gehad over middelengebruik, maar gaven aan dat een dergelijke cursus bij voorkeur ieder jaar een vervolg zou moeten krijgen. Professionals noemden vooral het benoemen van het middelengebruik zonder veroordelend te zijn een uitdaging:

‘Je moet het beestje gewoon bij de naam noemen, en begeleiders merken nu dat dat wel helpt. Als je een kat en muis spelletje gaat spelen dan wordt het een onnodig gespannen situatie. (...) Dat is dus nog wel moeilijk. Wat daar ook belangrijk bij is, is dat er niet meteen een negatieve lading aan gegeven wordt.’

Enkele woonvoorzieningen werken samen met de verslavingszorg. Zo is er net een pilot gestart waarbij Youz (Bouman GGZ) een leefstijltraining aanbiedt aan een groep van een van de trainingshuizen van Pameijer. Deze samenwerking wordt als prettig ervaren. De betrokken professional uit de (L)VG-zorg merkte wel op dat beide organisaties, Pameijer en Bouman GGZ, erg grote organisaties zijn waardoor het soms moeilijk is de samenwerking tot op de werkvloer door te voeren.

Een ander aandachtspunt waar professionals vanuit de (L)VG-zorg tegen aan lopen is dat het huidige zorgaanbod van de verslavingszorg niet is afgestemd op de groep mensen met LVB. De meeste behandelingen en therapieën zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering, een effectieve methode voor mensen met een normale intelligentie. Eén van de professionals zei over de huidige aanpak:

‘De hedendaagse aanpak sluit niet aan bij mensen met LVB, die aanpak is te veel afhankelijk van eigen motivatie en wilskracht (...) Deze jongeren hebben heel weinig reflectievermogen. Ze willen wel stoppen, maar hoe doe je dat. (...) Het is voor hen moeilijk om naar een andere omgeving te generaliseren. In een therapieruimte kan het allemaal wel lukken, maar hoe doe je dat dan als je weer thuis bent.’

De professionals pleitten dus voor een aanpak die dicht bij de belevingswereld van de cliënt ligt.

3.5.3 Verslavingszorg

In de setting verslavingszorg hebben we zowel jongeren als volwassenen in kaart gebracht. Volgens de professionals in de verslavingszorg is er steeds meer aandacht voor cliënten met gecombineerde LVB en middelengebruik.

Jongeren

Er is nog weinig geschreven beleid omtrent de behandeling van jongeren met LVB in de verslavingszorg. Voor jongeren wordt wel een leefstijltraining aangeboden die is afgestemd op jongeren met LVB. Dit houdt in dat er meer gewerkt wordt met spel en afwisseling in die training in vergelijking met de reguliere leefstijltraining. Daarnaast heeft de jongerenafdeling van Bouman GGZ (Youz) samenwerking gezocht met diverse (L)VG-zorgorganisaties. Het doel hiervan is te kijken naar hoe de organisaties van elkaars expertise gebruik kunnen maken. Bij Pameijer gaat er met één groep jongeren uit dezelfde woning, een pilot van de leefstijltraining draaien specifiek gericht op jongeren met LVB (zie ook 3.5.2). Voor jongeren met LVB is het belangrijk de hulpverlening zo praktisch mogelijk te maken. Eén van de professionals zei daar over:

‘Wat we ook doen is dingen heel praktisch aan pakken. Met de jongere langs een coffeeshop lopen en concreet uitleggen hoe ze daar mee om moeten gaan.’

Belangrijk bij de hulpverlening aan jongeren met gecombineerde LVB en middelengebruik is een intensieve samenwerking tussen verslavingszorg en de ouders of begeleiders van de jongere.

De begeleiders van jongeren in de reguliere opvang (zoals kamertrainingshuizen voor jongeren met een normale intelligentie of reguliere maatschappelijke opvang voor jongeren) komen soms alleen mee naar het intakegesprek, maar zijn vervolgens niet meer betrokken bij de behandeling. De professionals uit de verslavingszorg gaven aan dat het dan moeilijk wordt om voortgang te boeken met de jongere, omdat de aanpak van het middelengebruik ook ingebed moet worden in de begeleiding van de jongere in zijn of haar leefomgeving.

Eén van de aandachtspunten van de verslavingszorg voor jongeren is om creatief te zijn in de behandeling, om meer aan te sluiten bij de belevingswereld van de jongere met LVB. Eén van de professionals zei daar over:

‘De individuele behandeling voor deze groep, daar kan nog best wel eens naar gekeken worden. Hoe kan je dat nou meer laten aansluiten bij hun belevingswereld. Je zit toch al snel op een kamertje tegen over elkaar te praten.’

De verslavingszorg voor jongeren met LVB heeft voornamelijk behoefte aan zogenaamde ‘tools’, om te gebruiken in de begeleiding van jongeren met LVB, bijvoorbeeld bepaalde gesprekstechnieken of praktische tips. Daarnaast is er behoefte aan meer deskundigheid op het gebied van LVB, wat de reden is van de samenwerking tussen Youz en (L)VG-zorg.

Volwassenen

De verslavingszorg voor volwassenen heeft ook een toenemende aandacht voor cliënten met LVB. Er is echter weinig geschreven beleid over de behandeling van cliënten met gecombineerde LVB en middelengebruik.

In de klinische setting proberen hulpverleners de behandeling zoveel mogelijk af te stemmen op het intelligentieniveau van de cliënt, soms door individuele begeleiding te bieden in plaats van de groepsbehandeling. In deze aanpak is veel aandacht voor psycho-educatie, het aanbieden van begeleiding op het niveau van de cliënt en herhaling van de boodschap. Ook in de ambulante verslavingszorg (FACT-teams) en de langdurige zorg is aandacht voor psycho-educatie. Er zijn handvatten beschikbaar voor de begeleiding van cliënten met LVB, zoals het nemen van kleine stappen, herhaling en heel concreet te werk gaan. Het is echter niet voor iedere medewerker even gemakkelijk om deze handvatten daadwerkelijk te gebruiken:

‘Bij sommige medewerkers is het zo dat als ze weten van de LVB dan gaan ze kinderlijk met de cliënten om, maar het zijn ook gewoon volwassenen. Dus aan houding en attitude kan nog gewerkt worden.’

De professionals gaven aan dat er binnen Bouman GGZ wel initiatieven zijn om een aparte afdeling in te richten voor deze doelgroep, maar dit staat nog in de kinderschoenen. Een aparte afdeling, behandelmodules of specifieke meetinstrumenten voor het in kaart brengen van het middelengebruik voor de begeleiding van cliënten met LVB zouden tegemoet komen aan de behoeften van de professionals in de verslavingszorg. Deze middelen zijn er op dit moment nog onvoldoende. Een andere behoefte is meer aandacht voor het diagnosticeren van de verstandelijke beperking.

Alle professionals in de verslavingszorg gaven aan dat er onder volwassenen nu vaak vermoedens zijn van LVB, maar dat dit in nog lang niet alle gevallen vastgesteld is. De samenwerking met (L)VG-zorg zou volgens de professionals nog verbeterd kunnen worden. Voor enkele professionals is het vooral lastig om cliënten met LVB door te verwijzen, het (zware) middelengebruik vormt regelmatig een contra-indicatie voor een woonvoorziening.

Tot slot gaf een van de professionals aan dat er tijdens de (bij)scholing en coaching van medewerkers in de verslavingszorg meer aandacht zou moeten zijn voor de begeleiding van cliënten met LVB.

3.5.4 Maatschappelijke opvang

In de maatschappelijke opvang is alleen het zorgaanbod voor volwassenen in kaart gebracht. In deze setting is er toenemende aandacht voor cliënten met LVB. Om een beeld te krijgen van de verschillende typen zorg binnen de maatschappelijke opvang hebben we in deze setting informatie verzameld over de werkwijze in de nachtopvang, (24-uurs)vervolgvoorzieningen en ambulante hulpverlening vanuit de maatschappelijke opvang.

Wanneer een persoon dakloos wordt en zich aanmeldt bij het Centraal Onthaal³ Rotterdam wordt hij of zij doorverwezen naar de nachtopvang. In principe hebben mensen met LVB meer zorg en aandacht nodig dan in de nachtopvang gegeven kan worden, dus een snelle doorstroom naar een vervolgvoorziening is zeer wenselijk. Wanneer de begeleider van een cliënt in de nachtopvang het vermoeden heeft dat de cliënt LVB heeft, meldt hij de cliënt aan bij MEE Rotterdam voor een diagnostisch onderzoek. De professional die we spraken gaf aan dat deze samenwerking niet altijd soepel verloopt. Soms duurt het lang voordat een cliënt getest kan worden, terwijl snelheid geboden is wanneer iemand in de nachtopvang verblijft. Daarnaast is het lastig om als begeleider mee te gaan naar de afspraak, want dan moet er een extra begeleider ingeschakeld worden die op de nachtopvanglocatie blijft. De professional gaf de voorkeur aan een intensievere samenwerking met MEE Rotterdam, waarbij een medewerker van MEE bijvoorbeeld eens per maand op de nachtopvanglocatie aanwezig is:

‘MEE zou eigenlijk meer mee moeten kunnen kijken in de situatie hier in de nachtopvang. Dan kunnen ze oordelen over de hele situatie, en niet op basis van een gesprek van een kwartiertje.’

³ Centraal Onthaal is één centraal ‘loket’ van waaruit alle opvang en begeleiding van dak- en thuislozen wordt georganiseerd.

Naast intensievere samenwerking met MEE, hebben de medewerkers van de nachtopvang behoefte aan een betere aansluiting op de vervolgvoorziening. In de praktijk betekent dit vooral dat middelengebruik geen contra-indicatie is binnen de (L)VG-zorg.

De medewerkers in de ambulante hulpverlening lopen tegen andere uitdagingen aan in de begeleiding van cliënten met LVB en middelengebruik. Hun werk is voornamelijk gericht op het aanbrengen van structuur in het leven van cliënten die zelfstandig wonen.

Daarnaast proberen zij cliënten inzicht te geven in wat er met hen gebeurt als ze middelen gebruiken en hoe dat effect heeft op verschillende leefgebieden als financiën, gedrag en fysieke gezondheid. Herhaling en versimpeling van de boodschap zijn essentiële onderdelen van deze begeleiding. Ook voor deze groep cliënten met gecombineerde LVB en middelengebruik is het lastig geschikte vervolgvoorzieningen (waar nodig), werkplekken of andere dagbesteding te vinden.

Het Leger des Heils heeft een opvanglocatie opgezet, een 24-uurs voorziening, specifiek gericht op cliënten met LVB. Middelengebruik is hier geen contra-indicatie, hardddrugsverslaving wel. In deze voorziening is middelengebruik binnen de voorziening niet toegestaan. Belangrijk uitgangspunt van de begeleiding is het positief benaderen van de cliënt, dus wanneer er sprake is van overtreding van de regels, worden er niet meteen sancties opgelegd.

Het gesprek aangaan over middelengebruik is een uitdaging, maar het personeel wordt hier steeds meer in getraind. Sommige volwassenen met LVB hebben een behandelaar in de verslavingszorg; hiermee wordt vanuit de voorziening samengewerkt. De samenwerking met de verslavingszorg, en meer specifiek met Bouman GGZ, is op individueel niveau tussen de professionals goed. Op grotere schaal is het echter nog niet succesvol gebleken, met name vanwege de verschillen in methodiek en benadering van cliënten. De medewerkers van de opvang voor cliënten met LVB hebben wel behoefte aan meer samenwerking met verslavingsdeskundigen.

4. Samenvatting en conclusie

Het eerste deel van dit onderzoek was gericht op het in kaart brengen van de aard en omvang van het middelengebruik onder jongeren en volwassenen met LVB in de regio Rotterdam. Ook is gekeken naar het huidige zorgaanbod voor en de zorgbehoeften van mensen uit de doelgroep. Dit onderzoek is uitgevoerd in vier settings waar mensen met LVB zich bevinden: MEE Rotterdam, de (L)VG-zorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Doordat het onderzoek niet is uitgevoerd in alle settings waar mensen met LVB zich bevinden, en doordat niet in iedere setting jongeren en volwassenen in kaart zijn gebracht, zijn de onderzoeksresultaten niet te generaliseren naar de totale populatie mensen met LVB in de regio Rotterdam. Hieronder worden de verschillende onderzoeksvragen⁴ beantwoord. Allereerst wordt ingegaan op de omvang van de groep mensen met LVB en middelengebruik in de regio Rotterdam (onderzoeksvraag 1), vervolgens worden de kenmerken van deze groep beschreven (onderzoeksvraag 2). Daarna wordt beschreven wat de risicofactoren voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik zijn in deze groep (onderzoeksvraag 3) en worden de zorgbehoeften van de groep uiteen gezet (onderzoeksvraag 4). Tot slot worden de ervaringen met het huidige zorgaanbod beschreven en worden de hiaten vastgesteld tussen het huidige zorgaanbod en de zorgbehoeften in de regio Rotterdam (onderzoeksvraag 5).

Onderzoeksvraag 1: Wat is de geschatte omvang van de groep jongeren en (jong) volwassenen met problematisch middelengebruik en LVB in de regio Rotterdam?

Het is niet mogelijk een precieze schatting te maken van de omvang van de groep jongeren en (jong)volwassenen met problematisch middelengebruik en LVB. Hierdoor is de omvang van het middelengebruik onder mensen met LVB niet goed te vergelijken met de omvang van het middelengebruik van de algemene bevolking. In de settings buiten de (L)VG-zorg (maatschappelijke opvang en verslavingszorg) wordt niet standaard een IQ-test afgenomen en is het soms onduidelijk of een cliënt LVB heeft. Tenminste driekwart van de mensen met LVB in de settings buiten de (L)VG-zorg gebruikt alcohol of drugs. In de (L)VG-zorg is dat ongeveer één op de vijf jongeren en volwassenen met LVB die alcohol of drugs gebruikt, maar dit aantal verschilt per organisatie en type zorg. Gokken komt incidenteel voor, zowel onder jongeren als onder volwassenen met LVB.

Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de kenmerken van deze groep en hun middelengebruik?

De jongeren met LVB gebruiken voornamelijk cannabis en sommigen gebruiken alcohol. Gokken komt zeer weinig voor onder jongeren. Harddrugsgebruik wordt ook incidenteelesignaleerd onder jongeren met LVB, het gaat dan voornamelijk om het gebruik van xtc of cocaïne. Cannabis wordt zowel wekelijks als dagelijks gebruikt. Het gebruik begint omdat ze willen mee doen met de rest, maar daarna wordt het meer een gewoonte. Sommigen gebruiken cannabis ook als een vorm van zelfmedicatie, om rustig te worden of om bepaalde problemen en zorgen te vergeten.

⁴ Wanneer in de onderzoeksvragen gesproken wordt over middelengebruik, wordt hier ook gokken mee bedoeld

Alcohol, en dan met name bier en sterke drank, wordt daarentegen vaak in het weekend gedronken. De jongeren met LVB drinken niet vaak, maar als ze drinken, drinken ze regelmatig (te) veel. Als ze drinken is het vooral voor de gezelligheid, samen met anderen. De jongeren met LVB gebruiken vaak meer alcohol of drugs wanneer zij over geld beschikken, dus als hun uitkering of zakgeld is gestort. Het is niet uitgesloten dat ze soms wat terug moeten doen voor de middelen, bijvoorbeeld dat ze ingezet worden als drugsrunner. Problematische gevolgen van het middelengebruik van deze jongeren zijn problemen op het gebied van werk en dagbesteding, financiële problemen, criminele activiteiten, versterken van (negatief) gedrag. Dit laatste houdt in dat jongeren met LVB die van nature een opvliegend karakter hebben, agressiever kunnen reageren als zij middelen hebben gebruikt. Van cannabisgebruik kunnen ze ook meer sombere gevoelens krijgen.

Volwassenen met LVB gebruiken voornamelijk alcohol, maar cannabis- en harddrugsgebruik komt ook wel voor. Dit laatste betreft dan voornamelijk cocaïne (basecoke) en xtc, opiaatgebruik komt weinig voor onder deze groep. Gokken komt ook onder volwassenen erg weinig voor. De volwassenen met LVB die alcohol drinken, drinken voornamelijk dagelijks. Zij drinken om stemmingen of angsten te onderdrukken, om mee te doen met de rest, of om de teleurstellingen in hun leven te vergeten. De volwassenen met LVB kopen alcohol en drugs zelf, bij de supermarkt, coffeeshop of dealer. Zij ervaren dezelfde problemen als gevolg van hun middelengebruik als jongeren, het heeft een negatieve invloed op hun werk, dagbesteding, en op hun gedrag. Daarnaast heeft het middelengebruik ook een negatieve invloed op hun sociale netwerk en ervaren zij lichamelijke problemen als gevolg van het gebruik. Mensen met LVB hebben weinig inzicht in de (problematische) gevolgen van hun alcohol- of drugsgebruik.

Onderzoeksvraag 3: Wat zijn risicofactoren (bijvoorbeeld problemen thuis, verandering van leefsituatie, bepaalde vrienden) voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik onder mensen met LVB?

De risicofactoren die genoemd werden kwamen overeen met de risicofactoren die in eerdere onderzoeken zijn vastgesteld (Clerkx & Trentelman, 2007; Didden et al., 2009). Factoren die het middelengebruik van jongeren met LVB kunnen verergeren zijn onder andere een laag zelfbeeld, een traumatische ervaring, problemen in de thuissituatie, gebrek aan toekomstperspectief, invloed van een vriendengroep die middelen gebruikt en de aanwezigheid van gedragsstoornissen als ADHD en autisme, waardoor deze jongeren meer verslavingsgevoelig kunnen zijn.

Risicofactoren die het middelengebruik van volwassenen met LVB kunnen verergeren zijn onder andere een vriendengroep die (veel) alcohol en drugs gebruikt, het veranderen van de vertrouwde omgeving door bijvoorbeeld het overlijden van een familielid of stresserende factoren die een acute inname van alcohol of drugs kunnen veroorzaken. Bij deze stresserende factoren kan bijvoorbeeld gedacht worden aan brieven van deurwaarders of Belastingdienst.

Onderzoeksvraag 4: Wat zijn de zorgbehoeften van deze groep?

De professionals schatten in dat jongeren en volwassenen met LVB vooral de behoefte hebben om gehoord en begrepen te worden. Er is wel behoefte aan hulp bij het minderen of stoppen met middelengebruik; deze hulp moet niet te ingewikkeld zijn. Het is belangrijk dat ze hulp krijgen die afgestemd is op hun belevingswereld.

Twee van de jongeren met LVB die we spraken wilden wel hulp bij het minderen of stoppen met hun middelengebruik. Een andere jongere wilde wel stoppen met blowen, maar deed dat liever zonder hulp van buitenaf. Eén van de jongeren zat al geruime tijd te wachten op een doorverwijzing naar een geschikte vervolgvoorziening, maar kwam bij de ene voorziening niet in aanmerking vanwege zijn leeftijd (te oud) en bij de andere voorziening was zijn zware middelengebruik een contra-indicatie. De volwassenen hadden vooral behoefte aan zo min mogelijk bemoeienis van de zorg.

Onderzoeksvraag 5: Hoe zijn de ervaringen met het huidige zorgaanbod en sluit dit aan op de zorgbehoeften met betrekking tot middelengebruik?

Binnen alle settings (verslavingszorg, maatschappelijke opvang, (L)VG-zorg en MEE Rotterdam) is toenemende aandacht voor jongeren en volwassenen met gecombineerde LVB en middelengebruik. De settings binnen de (L)VG-zorg (MEE Rotterdam en (L)VG-zorg) zoeken samenwerking met de settings buiten de (L)VG-zorg (verslavingszorg en maatschappelijke opvang) en andersom.

Naast de onderzoeksresultaten worden hieronder ook enkele (landelijke) ontwikkelingen beschreven die als voorbeeld kunnen dienen voor hoe het middelengebruik onder mensen met LVB aangepakt kan worden.

Ervaringen met het huidige zorgaanbod omtrent middelengebruik in de (L)VG-zorg

Op dit moment zijn er in de verschillende settings al enkele initiatieven gaande als het gaat om aandacht voor middelengebruik onder mensen met LVB. In de (L)VG-zorg is een trend zichtbaar van het verbieden van middelengebruik naar het meer begeleiden van gebruik. De meeste voorzieningen staan alcohol- en drugsgebruik op de locatie niet toe, maar middelengebruik (buiten de voorziening) is niet langer een contra-indicatie voor verblijf. Belangrijke uitdaging hierbij is het concreet benoemen van middelengebruik, dus wanneer een cliënt onder invloed is dat benoemen in plaats van het gesprek er over te ontwijken. Binnen de (L)VG-zorg heeft Bouman GGZ bij een aantal organisaties medewerkers getraind op het herkennen van en omgaan met (problematisch) middelengebruik.

Ander aanbod gericht op mensen met LVB en middelengebruik binnen de (L)VG-zorg is de training over middelengebruik die MEE Rotterdam samen met Bouman GGZ aanbiedt aan hun cliënten. De cliënten maken echter weinig gebruik van dit aanbod. Voorlichting aan mensen met LVB vereist waarschijnlijk een andere aanpak dan een groepstraining. Mensen met LVB hebben een intensievere, meer één op één begeleiding nodig, waarbij ze zo min mogelijk in een kamer tussen vier muren zitten, maar meer praktische handreikingen krijgen in hun dagelijks leven.

Mensen met LVB kunnen de dingen die zij geleerd hebben binnen een behandeling soms moeilijk vertalen naar hun dagelijks leven thuis. Het Trimbos-instituut heeft twee producten ontwikkeld die gebruikt kunnen worden in de voorlichting over middelengebruik aan mensen met LVB. Allereerst is 'Bekijk 't nuchter' ontwikkeld, een box met een handleiding en allerlei 'LVB-proof' voorlichtingsmateriaal over middelen. Een tweede product is TRIP, een bordspel dat gebruikt kan worden om op een laagdrempelige manier over alcohol en drugs te praten met jongeren met LVB.

Tot slot heeft het Trimbos-instituut een preventieprogramma ontwikkeld, genaamd 'Open en Alert', dat aandacht besteedt aan deskundigheidsbevordering op het gebied van middelengebruik onder mensen met LVB en aan de samenwerking met de verslavingszorg. Dit programma is gericht op professionals die werkzaam zijn in verschillende settings waar mensen met LVB zich bevinden.

Ervaringen met het huidige zorgaanbod omtrent middelengebruik en LVB buiten de (L)VG-zorg

De organisaties buiten de (L)VG-zorg besteden ook steeds meer aandacht aan de begeleiding van mensen met gecombineerde LVB en middelengebruik. In de verslavingszorg is het een grote uitdaging om de behandeling van cliënten met LVB te kunnen inbedden in de dagelijkse omgeving van de cliënt. De betrokkenheid van begeleiders en ouders is essentieel voor het slagen van de behandeling, maar is soms moeilijk te bewerkstelligen. Daarnaast is het voor medewerkers soms een uitdaging om een gepaste houding te hebben ten opzichte van mensen met LVB.

In de behandeling van cliënten met LVB is er in de verslavingszorg toenemende aandacht voor psycho-educatie, en is er steeds meer het besef dat het belangrijk is om kleine stappen te nemen, veel herhaling in te bouwen en concreet te werk te gaan. De huidige behandeling, die veelal gebaseerd is op motiverende gespreksvoering, sluit echter inhoudelijk niet altijd goed genoeg aan bij cliënten met LVB. De professionals pleiten voor meer samenwerking tussen de (L)VG-zorg en de verslavingszorg op dit terrein. Een voorbeeld van een dergelijke samenwerking die momenteel plaatsvindt is de samenwerking tussen Youz (jongerenafdeling van Bouman) en Pameijer. Zij zijn een pilot gestart van een leefstijltraining specifiek gericht op jongeren met LVB. Deze training bevat meer spelelementen en afwisseling dan de reguliere leefstijltraining. Ook landelijk is er een Leefstijltraining PLUS ontwikkeld die meer aansluit bij mensen met LVB dan de reguliere Leefstijltraining (De Haan, Wielenga, & Van Meijel, 2012).

Een ander voorbeeld van een behandelmodule specifiek gericht op mensen met LVB en middelenmisbruik is 'Minder drank of drugs' van Tactus en Aveleijn, een behandelmodule die in de verslavingszorg in te zetten is. Belangrijke elementen voor het slagen van de behandeling is het aanbieden van de module in de context van de cliënt en een goed contact tussen de behandelaren en een vertrouwenspersoon uit de LVB-instelling (Kiewik & Den Ouden, 2012).

In de maatschappelijke opvang worden mensen met het vermoeden van LVB doorgestuurd naar MEE Rotterdam voor diagnostisch onderzoek. Deze samenwerking verloopt echter niet altijd soepel, met name de wachttijd voor het onderzoek plaats kan vinden is vaak te lang.

Wanneer een cliënt gediagnosticeerd is met LVB zoekt de MO zo snel mogelijk een geschikte vervolgvoorziening voor deze cliënt. Momenteel is er één woonvoorziening (van het Leger des Heils) in de maatschappelijke opvang specifiek ingericht voor mensen met LVB en middelengebruik die dakloos zijn geraakt. Landelijk zijn er ook voorbeelden van specifieke maatschappelijke opvangvoorzieningen die gericht zijn op mensen met LVB, zoals de Kei (van Altrecht) in Utrecht.

Aansluiting van het zorgaanbod bij de zorgbehoeften

Uit de onderzoeksresultaten over de aansluiting van het huidige zorgaanbod bij de zorgbehoeften blijkt dat er sprake is van een aantal hiaten op dit terrein. Deze hiaten hebben betrekking op drie hoofdpunten, waaruit blijkt dat er vooral behoefte is aan: (1) geschreven beleid over middelengebruik en LVB, (2) woonvoorzieningen, dagbesteding en werk voor mensen met LVB en middelengebruik en (3) deskundigheid op het gebied van LVB (in de niet (L)VG-zorg) en middelengebruik (in de (L)VG-zorg).

1. Behoefte aan geschreven beleid over middelengebruik en LVB

Slechts enkele organisaties hebben geschreven beleid op het gebied van middelengebruik en LVB. Geschreven beleid dient als leidraad voor het handelen in de praktijk met betrekking tot het middelengebruik. Bij gebrek aan geschreven beleid is het voor medewerkers binnen de (L)VG-zorg niet altijd gemakkelijk om cliënten aan te spreken op hun middelengebruik. Daarnaast is het voor medewerkers buiten de (L)VG-zorg soms lastig om op een juiste manier om te gaan met cliënten met LVB.

2. Behoefte aan geschikte woonvoorzieningen, dagbesteding en werk

Het doorverwijzen van cliënten vanuit de (L)VG-zorg naar de verslavingszorg is soms moeilijk, omdat LVB een contra-indicatie voor behandeling kan zijn. Daarnaast is het voor zowel de verslavingszorg als de maatschappelijke opvang moeilijk om woon-, werk- of dagbestedingsvoorzieningen te vinden voor cliënten met LVB die middelen gebruiken. Goede samenwerking tussen de maatschappelijke opvang, verslavingszorg en (L)VG-zorg is essentieel bij het plaatsen van cliënten met gecombineerde LVB en middelengebruik in een vervolgvoorziening.

3. Behoefte aan deskundigheidsbevordering

In alle settings is grote behoefte aan meer deskundigheid op het gebied van middelengebruik (settings binnen de (L)VG-zorg) of LVB (settings buiten de (L)VG-zorg). De cursus over middelengebruik die Bouman GGZ gegeven heeft aan medewerkers van MEE Rotterdam en in de (L)VG-zorg werd bijvoorbeeld als zeer nuttig ervaren. De professionals binnen de (L)VG-zorg geven hun voorkeur aan het jaarlijks of tweejaarlijks herhalen van een dergelijke cursus. De samenwerking met Bouman GGZ wordt door MEE Rotterdam en de (L)VG-zorg op kleine schaal als prettig ervaren. De grote omvang van Bouman GGZ wordt echter soms wel als een belemmering ervaren.

De verslavingszorg en maatschappelijke opvang hebben vooral behoefte aan meer aandacht voor het diagnosticeren van de verstandelijke beperking. Zij zouden graag een betere samenwerking met de (L)VG-zorg en MEE Rotterdam willen.

Literatuur

- Barendregt, C., Schrijvers, C., Baars, J., & van de Mheen, D. (2011). *Zorg voor zwerfjongeren met ernstige problematiek. Onderzoek naar de aansluiting tussen de zorgvraag en zorgaanbod in Rotterdam*. Rotterdam.
- Barrett, N., & Paschos, D. (2006). Alcohol-related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Current opinion in psychiatry*, 19(5), 481–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16874120>
- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M., & Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht.
- Clerkx, M., & Trentelman, M. (2007). Van Kei en Eik. Over de behandeling van verslaving bij volwassen mensen met een licht verstandelijke handicap. *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG & Expertisecentrum.
- Cocco, K., & Harper, D. (2002). Substance use in people with mental retardation: A missing link in understanding community outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 34–41.
- De Haan, K., Wielenga, F., & Van Meijel, B. (2012). *Leefstijltraining-PLUS. Handleiding voor de trainers*. Alkmaar.
- Didden, R., Embregts, P., van der Toorn, M., & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: a pilot study. *Research in developmental disabilities*, 30(5), 927–32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19217753>
- Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek*. Utrecht.
- Dowling, S., Hubert, J., White, S., & Hollins, S. (2006). Bereaved adults with intellectual disabilities: a combined randomized controlled trial and qualitative study of two community-based interventions. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 50(Pt 4), 277–87. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16507032>
- Kepper, A., & Monshouwer, K. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 311–319. doi:10.1007/s00787-011-0176-2
- Kiewik, M., & Den Ouden, R. (2012). *Factsheet. Minder drank of drugs*. Deventer.
- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 12(1), 41–7. doi:10.1002/mrdd.20092

- Mutsaers, K., Blekman, J., & Schipper, H. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend? Ons Geestelijk Erf* (Vol. 64). Utrecht.
- Ras, M., Woittiez, I., Van Kempen, H., & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008. Zorg en Financiering* (Vol. 9). Den Haag.
doi:10.1007/BF03095370
- Sturmey, P., Reyer, H., Lee, R., & Robek, A. (2003). *Substance related disorders in persons with mental retardation*. Kingston, New York: NADD.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health & social care in the community*, 15(4), 360–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17578397>
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 50(Pt 8), 588–97. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00820.x
- Trimbos-instituut. (2010). *Preventieve aanpakken rond GHB-gebruik. Do's en don'ts bij preventie. Drugs*. Utrecht.
- Van Laar, M., Cruts, A. A. N., Van Ooyen-Houben, M. M. J., Croes, E., & Ketelaars, A. (2011). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2011*. Utrecht.

Bijlage 1. Deelnemers begeleidingscommissie

Naam	Organisatie	Setting
Mw. Drs. E. Bransen (adviseur)	Trimbos-instituut	-
Mw. A van Klaveren	Pameijer (co-financier)	(L)VG-zorg
Dhr. W. de Lege	St. De VraagBaak (opdrachtgever)	(L)VG-zorg
Mw. M van der Nat	Leger des Heils	Maatschappelijke opvang
Mw. S. Visser	Bouman GGZ	Verslavingszorg
Dhr. H. van Wouwe	ASVZ	(L)VG-zorg

Bijlage 2. Topiclijst voor interviews met professionals

Deze topiclijst is deels gebaseerd op de vragenlijst 'LVG en middelengebruik' van het Trimbos-instituut⁵

1. Algemene gegevens

- Gegevens van de geïnterviewde (naam en functie)
- Kenmerken van de instelling (aanbod, samenstelling van de cliëntpopulatie)
- Schatting % LVB cliënten in de instelling (met demografische kenmerken als leeftijd, geslacht, etnische herkomst)

2. Middelengebruik en gokken onder LVB cliënten

Voor mannen en vrouwen met LVB apart behandelen. En waar nodig ook voor jongeren en volwassenen apart (als een professional kennis heeft van beide groepen)

Algemeen over de groep cliënten met LVB en hun middelengebruik

- Kunt u een schatting geven van hoe groot de groep cliënten met LVB is die alcohol en/of drugs gebruikt binnen uw instelling? En de groep cliënten met LVB die wel eens gokt? Denkt u dat dit vergelijkbaar is met de rest van de regio Rotterdam? (onderscheid maken in alcohol, cannabis en harddrugs; eventueel gebruik maken van landelijke schattingen en die vergelijken met de regio Rotterdam)
- Beperkt het alcohol- en drugsgebruik of gokgedrag zich binnen uw instelling tot een bepaalde woonvorm of type voorziening?
- Wat is de top 3 van soorten alcohol die gebruikt worden? (bier, wijn, mixdrankjes, breezers, wodka, jenever, etc)
- Wat is de top 3 van soorten harddrugs die gebruikt worden? (XTC, speed, GHB, cocaïne, heroïne, etc)
- Wat is de top 3 van gokspellen die gespeeld worden? (pokeren, krasloten, fruitautomaten)
- Kunt u een schatting geven van hoeveel cliënten meerdere middelen gebruiken (inclusief gokken)?
- Op welke wijze gebruiken de cliënten met LVB middelen? (bijvoorbeeld overmatig drinken (binge-drinken))

Kenmerken van het middelengebruik in de instelling

- Waar gebruiken cliënten met LVB over het algemeen alcohol en drugs? Waar bevinden zij zich als ze gokken?
- Hoe komen cliënten aan alcohol en drugs? (LVG-zorg en MEE)

⁵ Dijkstra & Bransen (2010) Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Wanneer gaan cliënten gebruiken (inclusief gokken)? Is dit bijvoorbeeld al voordat zij bij uw instelling binnenkomen of begint het gebruik wanneer zij in uw instelling verblijven?
- Welke functie heeft het alcohol- of drugsgebruik of het gokken in het (sociale) leven van de cliënt? (bijvoorbeeld problemen vergeten, voor de gezelligheid, gebruiken om er bij te horen)

Gevolgen van het middelengebruik onder cliënten met LVB

- Raken cliënten in de problemen door hun alcohol- of drugsgebruik? (specifiek uitvragen voor: alcohol, blowen en harddrugs) En door hun gokgedrag?
 - a) Om welk type problemen gaat het dan?
 - b) Hoe ernstig zijn deze problemen?
 - c) Heeft het alcohol- en drugsgebruik invloed op het dagelijks functioneren van de cliënten? Op welke manier?
 - d) Kunt u specifieke risicofactoren benoemen die het middelengebruik of gokgedrag van cliënten met LVB kunnen verergeren? (Bijvoorbeeld problemen thuis, veranderingen in leefsituatie, nieuwe vrienden, etc)
- Denkt u dat het alcohol- en drugsgebruik invloed heeft op het gedrag van de cliënten? Op welke manier? (doorvragen: bijvoorbeeld bij agressief gedrag, is dit verslavingsgerelateerd of gerelateerd aan de LVB?)
- Ziet u verschillen in lerend vermogen binnen de totale groep LVB cliënten met middelengebruik? En hoe is dat in vergelijking met de totale groep cliënten binnen uw instelling?

3. Beleid van de instelling en samenwerking met andere instellingen

Uitsplitsen naar alcoholgebruik, middelengebruik (blowen en harddrugs) en gokken.

- Is er beleid in uw instelling op het gebied van alcohol- en drugsgebruik en gokken? Zo ja, is er geschreven beleid of een protocol aanwezig?
- Wordt dit beleid ook in de praktijk gevolgd? Zo nee, wat zijn de knelpunten?
- Zijn er mensen in uw instelling deskundig in het begeleiden van middelengebruik/gokken door mensen met LVB? Zo ja: is dit voldoende? Zo nee: is er behoefte aan meer deskundigheid op dit gebied? Specifiek doorvragen voor problematisch middelengebruik en gokken (hoeft geen verslaving te zijn, maar wel invloed op lichamelijk, psychisch of sociaal functioneren)
- In hoeverre heeft u contact met andere instanties op het gebied van preventie en behandeling van problematisch middelengebruik/gokken en verslaving? Waaruit bestaat dit contact? Hoe ervaart u dit contact? (MEE en LVG-zorg)
- Indien van toepassing: in hoeverre heeft u contact met andere instanties op het gebied van omgaan met mensen met een licht verstandelijke beperking? Waaruit bestaat dit contact? Hoe ervaart u dit contact? (VZ en MO)
- Wordt er voorlichting gegeven aan cliënten met LVB over middelengebruik en gokken? Zo ja, door wie en op welke manier? Zo nee, denkt u dat daar behoefte aan is onder de cliënten?

- Welke behoeften zijn er binnen uw instelling met betrekking tot het begeleiden van cliënten met LVB en middelenmisbruik/gokken?
- Welke zorgbehoefte denkt u dat de cliënten met LVB en middelengebruik hebben? Hoort u van hen hier wel eens iets over?

Bijlage 3. Topiclijst voor de interviews met cliënten

Topiclijst 'LVB en middelenmisbruik' – doelgroep

Dank je wel dat je wilt mee doen aan dit interview. Mijn naam is <naam interviewer> en ik werk bij het IVO. Het IVO doet onderzoek naar alcohol- en drugsgebruik. Je bent voor dit interview gevraagd door <naam begeleider> omdat je veel weet over alcohol en drugs. Ik ben benieuwd naar jouw mening over alcohol en drugs gebruik. Ik ben benieuwd naar wat jij vindt en voelt. Er zijn geen foute antwoorden.

Op sommige vragen weet je misschien geen antwoord. Dat geeft niet, dan mag je gewoon zeggen dat je het niet weet.

Ik neem je antwoorden op, maar ik ben de enige die de opname nog weer gaat afluisteren. Ik vertel niks van wat wij bespreken door aan je begeleiders, je ouders, de politie of andere personen. Niemand zal weten wat jij precies geantwoord hebt.

Heb je nog vragen voordat we beginnen?

De eerste vragen gaan over jezelf.

Persoonlijke gegevens

- Hoe oud ben je?
- In welk land ben je geboren?
- Waar woon je nu? (Hoe heet de instelling waar je woont; hoe lang woon je daar al?)
- Wat voor hulp krijg je van <naam instelling>?

De volgende vragen gaan over je alcoholgebruik. Alles wat je daar over vertelt blijft tussen ons.

Alcoholgebruik

- Heb je wel eens alcohol gedronken? (Indien nodig: daarmee bedoel ik bijvoorbeeld een biertje, glas wijn, breezer, wodka, whisky, dat soort dranken)
- Weet je nog de eerste keer dat je alcohol dronk? (Hoe oud was je toen, wat voor drank was dat, wat vond je er van)
- Met wie was je toen je de eerste keer alcohol dronk?
- Hoe ben je die eerste keer aan alcohol gekomen? (zelf gekocht, gekregen van iemand, etc)
- Weet je nog waarom je alcohol die eerste keer uit probeerde? Zo ja, waarom?

- Drink je nu nog steeds wel eens alcohol?
- Wat drink je dan?
- Op welke dagen van de week drink je alcohol?
 - o Hoeveel glazen (of flesjes) drink je op <dag invullen die gezegd is>? (vraag herhalen per dag)
- Hoe gaat dat dan op een dag dat je alcohol drinkt? Kun je dat beschrijven?
- Waarom drink je alcohol?

- Heb je momenten waarop je meer alcohol drinkt? Welke momenten zijn dat? (bijvoorbeeld als je geld hebt, of als je je niet goed voelt, of als je met vrienden bent)
- Ben je alleen of met anderen als je alcohol drinkt? (met wie?)
- Hoe kom je aan alcohol? (doorvragen: koop je het zelf of krijg je het van anderen, koop je het bij de supermarkt of in het café, etc)
- Zijn er door het alcohol drinken wel eens dingen gebeurd die leuk waren? (wat en hoe vaak)
- Zijn er door het alcohol drinken wel eens dingen gebeurd die niet zo leuk waren? (wat en hoe vaak)
- Ben je wel eens ziek geworden van alcohol?
- Wat doe je overdag? (werk, dagbesteding, school)
- Heeft het alcohol drinken wel eens invloed gehad op <invullen wat genoemd is>? (bijvoorbeeld doordat je ziek was, fouten maken, langzamer werken, ontslag)
- Heb je wel eens te maken gekregen met de politie omdat je alcohol dronk? (doorvragen)
- Heeft iemand je wel een wat uitgelegd over alcohol? Wat vond je daarvan? Zo nee: Zou je er informatie over willen?
- Heeft iemand wel eens wat gezegd over je alcoholgebruik? (toelichten: dat ze vonden dat je te veel dronk, of iets dergelijks) Wie was dat? Wat vond je daarvan?
- Heb je wel eens met iemand gepraat over je alcoholgebruik? (Met wie? Wat vond je daarvan?)
- Heb je wel eens hulp gehad voor je alcoholgebruik? (Waar? Wat? Wat vond je daarvan?)
Goed doorvragen: heb je wel eens contact gehad met Bouman/Youz? Of met andere verslavingszorg?
- Zo nee: Zou je daar hulp bij willen? (Wat dan? Op welke manier? Van wie?)

De volgende vragen gaan over blowen, dus het roken van een joint (of blowtje). Veel van de vragen lijken op de vragen die ik je net over alcohol gesteld heb. Nu gaan de vragen over blowen. Alles wat je daar over vertelt blijft tussen ons.

Softdrugs

- Heb je wel eens geblowd?
- Weet je nog de eerste keer dat je ging blowen? (Hoe oud was je toen, wat vond je er van)
- Met wie was je toen je de eerste keer blowde?
- Hoe ben je die eerste keer aan een joint gekomen? (zelf gekocht, gekregen van iemand, etc)
- Weet je nog waarom je die eerste keer een joint uit probeerde? Zo ja, waarom?
- Blow je nu nog steeds wel eens?
- Op welke dagen van de week rook je een joint?
 - o Hoeveel joints rook je op <dag invullen die gezegd is>? (vraag herhalen per dag)
- Hoe gaat dat dan op een dag dat je geblowd hebt? Kun je dat beschrijven?
- Waarom blow je?

- Heb je momenten waarop je meer blowt? Welke momenten zijn dat? (bijvoorbeeld als je geld hebt, of als je je niet goed voelt, of als je met vrienden bent)
- Ben je alleen of met anderen als je blowt?
- Hoe kom je aan een joint? (Doorvragen: koop je het zelf of kopen anderen het voor je? Waar koop je het (coffeeshop, dealer)?)
- Zijn er door het blowen wel eens dingen gebeurd die leuk waren? (wat en hoe vaak)
- Zijn er door het blowen wel eens dingen gebeurd die niet zo leuk waren? (wat en hoe vaak)
- Ben je wel eens ziek geworden van het blowen?
- Heeft het blowen wel eens invloed gehad op <dagbesteding>? (bijvoorbeeld doordat je ziek was, fouten maken, langzamer werken, ontslag)
- Heb je wel eens te maken gekregen met de politie omdat je aan het blowen was? (doorvragen)
- Heeft iemand je wel eens wat uitgelegd over blowen? Wat vond je daarvan? Zo nee: Zou je er informatie over willen?
- Heeft iemand wel eens wat gezegd over je blowgedrag? (toelichten: bijvoorbeeld dat diegene vond dat je te veel blowde) Wie was dat? Wat vond je daarvan?
- Heb je wel eens met iemand gepraat over het blowen? (Met wie? Wat vond je daarvan?)
- Heb je wel eens hulp gehad voor het blowen? (Waar? Wat? Wat vond je daarvan?) Goed doorvragen: heb je wel eens contact gehad met Bouman/Youz? Of met andere verslavingszorg?
- Zo nee: Zou je daar hulp bij willen? (Wat dan? Op welke manier? Van wie?)

De volgende vragen gaan over harddrugs, bijvoorbeeld cocaïne, xtc, speed, heroïne of GHB. Veel van de vragen lijken op de vragen die ik je net over alcohol en blowen gesteld heb. Nu gaan de vragen over harddrugs. Alles wat je daar over vertelt blijft tussen ons.

Harddrugs

Als meerdere harddrugs worden genoemd, dan bij elke vraag aan alle middelen aandacht besteden.

- Heb je wel eens harddrugs gebruikt? (bijvoorbeeld cocaïne, xtc-pilletje, speed, GHB, heroïne)
- Weet je nog de eerste keer dat je <invullen genoemde harddrugs>? (Hoe oud was je toen, wat voor drugs was dat, wat vond je er van)
- Met wie was je toen je de eerste keer <harddrugs> gebruikte?
- Hoe ben je die eerste keer aan <invullen genoemde harddrugs> gekomen? (zelf gekocht, gekregen van iemand, etc)
- Weet je nog waarom je <harddrugs> die eerste keer uit probeerde? Zo ja, waarom?
- Gebruik je nog steeds wel eens <harddrugs>?
- Op welke dagen van de week gebruik je <harddrugs>?

- Hoeveel <harddrugs> gebruik je op <dag invullen die gezegd is>? (vraag herhalen per dag)
- Hoe gaat dat dan op een dag dat je <harddrugs> gebruikt hebt? Kun je dat beschrijven?
- Waarom gebruik je <harddrugs>?
- Heb je momenten waarop je meer <harddrugs> gebruikt? Welke momenten zijn dat? (bijvoorbeeld als je geld hebt, of als je je niet goed voelt, of als je met vrienden bent?)
- Ben je alleen of met anderen als je <harddrugs> gebruikt?
- Hoe kom je aan <harddrugs>? (Koop je het zelf of krijg je het van anderen? Waar koop je het?)
- Zijn er door het gebruiken van <harddrugs> wel eens dingen gebeurd die leuk waren? (wat en hoe vaak)
- Zijn er door het gebruiken van <harddrugs> wel eens dingen gebeurd die niet zo leuk waren? (wat en hoe vaak)
- Ben je wel eens ziek geworden van het gebruiken van <harddrugs>?
- Heeft het gebruik van <harddrugs> wel eens invloed gehad op <dagbesteding>? (bijvoorbeeld doordat je ziek was, fouten maken, langzamer werken, ontslag)
- Heb je wel eens te maken gekregen met de politie omdat je <harddrugs> gebruikt? (doorvragen)
- Heeft iemand je wel eens wat uitgelegd over harddrugs? Wat vond je daarvan? Zo nee: Zou je er informatie over willen?
- Heeft iemand wel eens wat gezegd over je gebruik van <harddrugs>? (toelichten: bijvoorbeeld dat je te vaak <harddrugs> gebruikte) Wie was dat? Wat vond je daarvan?
- Heb je wel eens met iemand gepraat over je gebruik van <harddrugs>? (Met wie? Wat vond je daarvan?)
- Heb je wel eens hulp gehad voor je gebruik van <harddrugs>? (Waar? Wat? Wat vond je daarvan?) Goed doorvragen: heb je wel eens contact gehad met Bouman/Youz? Of met andere verslavingszorg?
- Zo nee: Zou je daar hulp bij willen? (Wat dan? Op welke manier? Van wie?)

Gokken

De volgende vragen gaan over gokken, dat kan bijvoorbeeld pokeren zijn, spelen op fruitautomaten, of kopen van (kras)loten. Veel van de vragen lijken op de vragen die ik je net over alcohol, blowen en harddrugs gesteld heb. Nu gaan de vragen over gokken. Alles wat je daar over vertelt blijft tussen ons.

- Heb je wel eens gegokt? (bijvoorbeeld krasloten, fruitautomaten, online pokeren)
- Weet je nog de eerste keer dat je <invullen genoemde gokspel>? (Hoe oud was je toen, wat vond je er van)
- Met wie was je toen je de eerste keer <gokspel> speelde?

- Waar was je toen je de eerste keer <gokspel> speelde?
- Weet je nog waarom je <gokspel> die eerste keer uit probeerde? Zo ja, waarom?

- Speel je nog steeds wel eens <gokspel>?
- Op welke dagen van de week speel je <gokspel>?
- Hoe gaat dat dan op een dag dat je <gokspel> gespeeld hebt? Kun je dat beschrijven?
- Waarom speel je <gokspel>?
- Heb je momenten waarop je meer <gokspel> speelt? Welke momenten zijn dat? (bijvoorbeeld als je geld hebt, of als je je niet goed voelt, of als je met vrienden bent?)
- Ben je alleen of met anderen als je <gokspel> speelt?
- Hoe kom je aan <gokspel>? (Koop je het zelf of krijg je het van anderen? Waar koop je het? Waar speel je het?)

- Zijn er door het spelen van <gokspel> wel eens dingen gebeurd die leuk waren? (wat en hoe vaak)
- Zijn er door het spelen van <gokspel> wel eens dingen gebeurd die niet zo leuk waren? (wat en hoe vaak)

- Heeft het spelen van <gokspel> wel eens invloed gehad op <dagbesteding>? (bijvoorbeeld doordat je ziek was, fouten maken, langzamer werken, ontslag)
- Heb je wel eens te maken gekregen met de politie omdat je <gokspel> speelde? (doorvragen)

- Heeft iemand je wel eens wat uitgelegd over gokken? Wat vond je daarvan? Zo nee: Zou je er informatie over willen?
- Heeft iemand wel eens wat gezegd van jouw <gokspel>? (toelichten: bijvoorbeeld dat je te vaak <gokspel>) Wie was dat? Wat vond je daarvan?
- Heb je wel eens met iemand gepraat over je <gokspel>? (Met wie? Wat vond je daarvan?)
- Heb je wel eens hulp gehad voor je <gokspel>? (Waar? Wat? Wat vond je daarvan?) Goed doorvragen: heb je wel eens contact gehad met Bouman/Youz? Of met andere verslavingszorg?
- Zo nee: Zou je daar hulp bij willen? (Wat dan? Op welke manier? Van wie?)

Bijlage 4. Deelnemers expertmeeting

Naam	Functie	Organisatie
Mw. M. van Barneveld	Orthopedagoog en leidinggevende van pedagogen	ASVZ
Mw. E. Bransen	Projectleider verbeterproject LVB en verslaving	Trimbos-instituut
Mw. Y. Carels	Projectleider van o.a. pilotonderzoek naar screenen van LVB onder mensen in de MO	MEE Rotterdam
Dhr. J. de Groot	Zorgcoördinator	Kreekpad (Leger des Heils)
Mw. A. van Klaveren	Manager expertisecentrum	Pameijer
Mw. M. van der Nat	Orthopedagoog	Kreekpad (Leger des Heils)
Dhr. B. Stouthart	Unitleider	Kreekpad en JongLeren (Leger des Heils)
Mw. I. Vishnudatt	Behandelaar	Youz
Dhr. T. Voncken	Behandelcoördinator en ontwikkelingspsycholoog	Pameijer
Dhr. P. Zuidam	Beleidsmedewerker	Centrum voor Dienstverlening (CVD)